

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 18 décembre 1896, à 1 heure

PAR

GEORGES ALBERT PRÉDHOMME

Né à Buironfosse, le 21 mars 1870.



DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES AIGUES

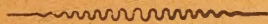


Président : M. TILLAUX.

Juges : MM.

{	MARCHAND.
	TUFFIER, BROCA, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 18 décembre 1896, à 1 heure

PAR

GEORGES ALBERT PRÉDHOMME

Né à Buironfosse, le 21 mars 1870.

—†—

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES AIGUES

—♦—

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { MARCHAND.
TUFFIER, BROCA, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement.*

~~~~~

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs.</b>                                            | MM.            |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale.                                   | N.             |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | N.             |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBÈNE.    |
|                                                                | N.             |
| Clinique médicale.                                             | DIEULAFOY.     |
|                                                                | POTAIN.        |
|                                                                | JACCOUD.       |
|                                                                | HAYEM.         |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.       |
|                                                                | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.                                         | LE DENTU.      |
|                                                                | TILLAUX.       |
|                                                                | BERGER.        |
| Clinique des malad. des voies urinaires.                       | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.                                       | TARNIER.       |
|                                                                | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. N.,,

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       |             | NELATON       | THOINOT      |
|             |             | NETT R.       | TUFFIER      |
|             |             | POURIER, chef | VARNIER.     |
|             |             | des travaux   | WALTHER      |
|             |             | anatomiques   | WEISS        |
| HAN EMESSE. | HARTMANN    | REITTERER     | WIDAL        |
| CHARRIN.    | HEIM        | RÉMY          | WURTZ        |
| CHASSEVANT  | LEJARS      | RICARD        |              |
| DELBET.     | LETULLE     | ROGER         |              |
|             | MARFAN      |               |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de filiale tendresse et d'infinie reconnaissance.

A MA CHÈRE PETITE NIÈCE MADELEINE

A MA SŒUR. — A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES VIEUX AMIS DU QUARTIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien des hôpitaux,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Officier de la Légion d'Honneur.

HOMMAGE RECONNAISSANT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de médecine.  
Membre de l'Académie de Médecine de Paris  
Officier de la Légion d'Honneur.



Le travail que nous avons l'honneur de présenter à la Faculté a été fait entièrement dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, Le sujet nous a été donné par M. le professeur Duplay qui nous a permis de le mener à bien en nous en fournissant tous les matériaux. La plupart des observations viennent de son service de gynécologie. Nous ne saurions assez le remercier et nous le prions de nous faire le grand honneur d'accepter la dédicace de cette thèse. Nous sommes heureux d'avoir cette occasion de lui témoigner notre reconnaissance ; nos connaissances chirurgicales nous les devons à son enseignement si clair et si pratique, à ses leçons si instructives au lit du malade.

Nous prions aussi M. Clado, son assistant en gynécologie, de vouloir bien agréer tous nos remerciements pour ses conseils. Que notre ami,

M. Pouquet, interne du service, sache bien que nous nous rappelons son obligeance à nous donner accès auprès des malades et à nous fournir plusieurs observations.

Nous ne pouvons oublier ici M. le professeur Folet, doyen honoraire de la Faculté de Lille, qui nous a initié aux principes de la chirurgie ; nous lui adressons nos hommages respectueux.

M. le professeur Tillaux a accepté la présidence de cette thèse ; nous ne saurions lui dire combien nous sommes touché de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire.

---

## INTRODUCTION

Nous allons étudier le traitement des suppurations pelviennes aiguës. En quelques mots, nous pouvons résumer notre travail. Avec M. le professeur Duplay, nous voulons que la fièvre et l'état aigu ne soient plus une contre-indication pour une intervention radicale. Les observations que nous publions prouvent qu'on peut pratiquer sans danger l'hystérectomie vaginale dès le début des suppurations pelviennes ; nous espérons avoir établi que cette intervention est presque toujours supérieure à l'incision simple du cul de sac postérieur, et que c'est elle que le chirurgien doit considérer comme l'opération de choix.

### DIVISIONS

Voici l'ordre que nous suivrons dans ce travail :

Après avoir défini ce que nous entendons par suppuration pelvienne aiguë, nous ferons rapidement l'historique de son traitement. Nous montrerons la nécessité d'intervenir dès le début, et les dangers de l'expectation. Ensuite, nous étudierons la valeur des diverses opérations entre lesquelles notre choix doit se faire. Deux seulement méritent d'être prises en considération : l'incision du cul de sac postérieur et l'hystérectomie vaginale. La première, quoique rendant des services, est passible de plusieurs critiques. La seconde, au contraire, répond à toutes les indications.

## DÉFINITION

Avant de commencer l'étude du traitement des suppurations pelviennes aiguës, il nous semble nécessaire de définir ce que nous entendons par ce nom.

Sous le nom de suppurations pelviennes nous comprenons *diverses affections de nature inflammatoire siégeant dans des organes variés, mais ayant ceci de commun qu'elles donnent lieu à des foyers purulents occupant le petit bassin.*

Parmi les affections qui répondent à notre définition, nous distinguerons surtout trois principales classes :

Ce sont d'abord les *pelvi-péritonites* terminées par suppuration. Quoiqu'on en ait dit, malgré l'opinion de Pozzi qui la décrit comme une simple complication des salpingo-ovarites suppurées, cette affection existe réellement et forme une entité morbide. Tous les auteurs aujourd'hui admettent son existence propre, tout en s'entendant sur son peu de fréquence.

A côté des pelvi-péritonites, nous trouvons

comme cause la plus fréquente des suppurations pelviennes, la classe des *salpingo-ovarites suppurées*. Autant la pelvi-péritonite primitive est rare, autant le piosalpinx est fréquent, et presque toujours c'est lui qui produit l'affection dont nous nous occupons. Enfin, nous avons les *hémato-cèles* suppurées, dont la fréquence est très grande.

La suppuration pelvienne peut avoir d'autres causes ; le tissu des ligaments larges, ne formant pas une région fermée, communique largement avec le tissu cellulaire des organes voisins. On conçoit donc que le pus développé loin du bassin puisse secondairement l'envahir et constituer une collection pelvienne. C'est ainsi que le phlegmon de la fosse iliaque, les appendicites suppurées peuvent fuser du côté du vagin. Ces collections secondaires ne rentrent pas dans la classe des suppurations pelviennes, car, en gynécologie on réserve en général ce nom aux collections nées primitivement dans le bassin. Cependant le traitement est quelquefois le même et comporte alors les mêmes indications.

Il nous reste à définir le mot *d'aigu*. Quand une suppuration pelvienne cesse-t-elle d'être aiguë pour devenir chronique ? Ici il est impossible d'établir une limite bien fixe. — Sur quel signe en effet, nous baser ? La fièvre, les frissons, les

douleurs existent aussi dans l'état chronique. C'est l'atténuation de tous ces symptômes et principalement l'amélioration générale, qui ne met plus en péril la vie de la malade, c'est enfin, et surtout, la durée, la prolongation de la maladie qui nous indiqueront que celle-ci est passée à la phase de chronicité.

Maintenant que nous avons établi ce que l'on entend par suppuration pelvienne aiguë, passons en revue les divers moyens de traitement employés.

## HISTORIQUE

Jadis, le traitement de suppuration pelvienne aiguë était presque uniquement médical.

Le repos, les cataplasmes, les révulsifs sur la région hypogastrique, les injections vaginales, constituaient les seuls moyens que le médecin pouvait employer. C'était en somme, la méthode de température, *d'expectation*. Actuellement, on intervient souvent dès la période aiguë et cela soit par la *ponction*, soit plus souvent par *l'incision du cul-de-sac postérieur*.

Enfin, quelques chirurgiens conseillent dès le début une intervention plus radicale, *l'hystérectomie vaginale*. Nous allons passer en revue ces divers moyens de traitement et chercher quel est le plus à conseiller.

Si l'accord ne *règne pas* entre les chirurgiens sur la conduite à tenir en cas de suppuration aiguë, presque tous s'entendent sur le traitement de la suppuration chronique. Quand, en effet, l'affection n'est plus aiguë, quand les symptômes alarmants du début se sont calmés; quand sur-

tout la fièvre a cessé, personne n'oserait conseiller encore l'expectation. Laisser dans le bassin évoluer des foyers purulents en attendant leur ouverture spontanée, c'est s'en remettre au hasard, c'est laisser la malade s'affaiblir peu à peu en proie à l'hecticité, c'est exposer sa vie. On sait, en effet, quels accidents graves amène chez un malade une suppuration prolongée. Aussi pratique-t-on, dans ces cas l'*hystérectomie vaginale* et donne-t-on issue au pus. Les succès sont là pour donner raison à cette pratique.

Eh bien ! ce qu'on fait à l'état apyrétique, pourquoi ne pas le faire dès le début ? Pourquoi attendre pour faire bénéficier la malade d'une intervention radicale, qu'elle soit affaiblie par de longues souffrances, minée par la fièvre, sans résistance contre le choc opératoire, en un mot, en pleine cachexie ? Nous n'en voyons pas la raison et c'est l'avantage qu'il y a à intervenir dès la période aiguë fébrile, que nous voulons démontrer, nous appuyant sur l'autorité de plusieurs maîtres et de M. le professeur Duplay entre autres.

*Danger de l'expectation.*—Quelques chirurgiens, en présence d'une suppuration pelvienne aiguë, voyant la malade dans un état général alarmant, avec une fièvre vive, des frissons, des vomissements,

conseillent d'employer des moyens médicaux pour atténuer ces symptômes, préfèrent attendre que le foyer purulent soit devenu perceptible et accessible pour intervenir. Ils pensent qu'il serait imprudent, de faire en pleine période fébrile, une intervention sérieuse, d'ajouter aux dangers de mort que la malade court déjà, d'autres dangers du fait de l'intervention. En outre, ne sentant pas la collection, ils préfèrent attendre qu'elle se soit révélée.

Cette conduite a de graves inconvénients. Et d'abord, la malade peut succomber pendant que l'on temporise. La mort peut survenir par suite de l'aggravation des phénomènes généraux. Dans ce cas, la fièvre augmente, le délire se montre et la malade succombe emportée par l'infection.

La terminaison fatale peut être due à une péritonite aiguë généralisée. La collection pelvienne s'est ouverte dans le péritoine, ou, ce qui est plus fréquent, s'y est propagée. Peut-être une intervention n'eût pas sauvé la malade, mais on aurait au moins tenté quelque chose.

Supposons que la malade ait vécu et franchi la période aiguë. La fièvre a cessé, c'est vrai, mais quel avantage aura-t-on trouvé à attendre ? L'évolution de la malade aura amené tout autour de l'utérus et des annexes, dans tout le petit

bassin la production d'adhérences, de dépôts fibrineux plastiques qui rendront l'opération plus difficile et la guérison complète plus incertaine. En outre, le sujet, quoique n'ayant plus de fièvre, est affaibli par sa maladie, et l'opérateur trouvera en lui un terrain moins résistant qu'au début, contrairement à ce qu'on pourrait croire.

Nous avons donc le droit de conclure qu'il faut se hâter et intervenir dès le début. Mais quelle intervention choisir ? Plusieurs méthodes se présentent : la ponction, l'incision du cul-de-sac postérieur, l'hystérectomie vaginale. Examinons la valeur de chacune d'elles.

*La ponction.* — La ponction est le dernier des moyens à employer. Tout au plus serait-elle applicable dans le cas où l'abcès fait saillie dans le vagin. Mais si elle peut évacuer le foyer, elle ne produit aucun drainage et l'abcès ne tarde pas à se reformer. C'est en outre un moyen aveugle qui souvent échoue et expose à blesser des organes importants. Même combinée avec un lavage antiseptique, la ponction est à répéter. Le lavage antiseptique peut n'être pas sans dangers. Laissons donc de côté cette intervention.

*L'incision du cul-de-sac postérieur.* — Examinons maintenant la valeur de l'incision du cul-de-sac postérieur.

Elle est pratiquée couramment, surtout quand la collection purulente vient faire saillie dans le vagin. Même quand le pus est assez éloigné des parois vaginales, on la pratique, car par la brèche que fait le bistouri, on peut aller à la recherche du foyer et l'ouvrir avec les doigts.

Le manuel opératoire est très simple, avec une pince pour abaisser l'utérus, deux valves pour écarter les parois vaginales, un bistouri et une pince à disséquer, on peut très bien faire cette opération. Il importe de ne pas faire trop étroite l'incision du cul-de-sac. Les soins consécutifs ont une extrême importance. Livrée à elle-même, la plaie ne tarde pas à se refermer; il faut que la brèche que l'on vient de créer, reste béante le plus longtemps et le plus largement possible. C'est là une affaire de pansements.

Surogenne a inventé une méthode spéciale pour l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Nous n'en voyons pas les avantages et les instruments qu'elle exige nous semblent dangereux dans une main qui n'est pas familiarisée avec eux.

Certes, cette opération est un immense progrès sur la simple expectation. Elle est facile, à la

portée de tous, comme nous l'avons vu, sur une instrumentation très réduite ; avec un seul aide à la rigueur sans endormir la malade, on peut la pratiquer. Les résultats immédiats sont très brillants. On voit chez les malades une rapide amélioration ; la fièvre tombe, dès le lendemain, l'appétit revient, les forces renaissent, l'état général s'améliore. Les dangers de l'intervention sont pour ainsi dire nuls. Pourtant nous devons dire avoir vu deux cas de morts qui lui sont imputables. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme ayant une hématocele, et qui succomba à une hémorrhagie. Le second cas est plus curieux. Pour une suppuration pelvienne aiguë M. X..., chirurgien des hôpitaux, fit une incision du cul-de-sac postérieur. L'opération fut des plus simples, le pus s'écoula. Deux heures après l'intervention, la température montait à 39° et continuait dans la soirée à s'élever pour, à 8 heures, atteindre 40°, dans la nuit 41°. En même temps la malade eut du délire ; ce furent, là, les seuls signes, et la mort eut lieu le lendemain matin. Malheureusement l'autopsie ne put être faite et les causes de la mort (qui semble bien imputable à l'intervention) sont restées cachées. Mais ce sont là des faits exceptionnels et l'opération est en général d'une très grande bénignité.

Si les résultats immédiats sont très bons, il n'en est pas toujours de même des résultats éloignés. Très souvent il est vrai, la guérison reste complète, mais quelquefois, divers accidents se produisent.

Un des plus fréquents est la *persistance de fistules*. Ces fistules, soit qu'elles donnent continuellement issue à du pus, soit qu'elles se ferment et s'ouvrent de temps en temps, sont une cause d'affaiblissement pour la malade et nécessitent une seconde intervention. Dernièrement nous avons vu une malade, dont nous donnons rapidement l'observation :

#### OBSERVATION VII

Communiquée par M. Pouquet.

Mme Claire G..., 40 ans, couturière.

Les antécédents héréditaires sont sans intérêt.

Réglée à 10 ans, les règles ont toujours été très régulières. Leur établissement fut pourtant douloureux. Vers 16 ans, peu de temps après les premiers rapports sexuels, la malade eut des pertes blanches abondantes et des douleurs de la miction. Depuis, elle a toujours eu de la leucorrhée plus ou moins abondante.

Mariée à 24 ans, elle a eu trois grossesses et une fausse couche. Les grossesses furent normales et donnèrent lieu à trois enfants encore vivants. Quant à la fausse couche (de 3 mois), elle fut suivie d'une abondante hémorrhagie et

obligea la malade à un repos de 15 jours. Depuis, la santé du sujet a été parfaite.

En septembre 1895, subitement, la malade fut prise d'une douleur très vive dans le ventre et ses règles s'arrêtèrent.

Le médecin appelé ordonne le transport à l'hôpital. Là, au bout de quinze jours, on fit une incision du cul de sac postérieur. L'opération réussit bien, la fièvre tomba, l'état général devint bon et la malade revint chez elle.

Mais elle constatait la persistance d'un écoulement purulent assez abondant par le vagin. Son médecin lui conseilla des injections. Depuis un an, l'écoulement n'a pas cessé et la malade vient nous consulter à ce sujet.

Au spéculum, on constate, dans le cul de sac postérieur, près de la lèvre postérieure du col, à gauche de la ligne médiane, la présence d'une fistule. C'est un orifice allongé transversalement, permettant l'introduction de l'hystéromètre. L'instrument introduit ne peut pénétrer à plus de deux centimètres. Par cette fistule s'écoule, en assez grande abondance, un liquide purulent.

L'état général de la malade est très mauvais. Elle s'affaiblit de plus en plus; son appétit a disparu; de temps en temps, le soir, elle a quelques accès de fièvre. Elle demande qu'on la débarrasse de sa fistule et accepte une opération.

Dans d'autres cas, la malade qui semblait d'abord guérie, est secondairement reprise d'accidents aigus semblables à ceux qui ont nécessité l'intervention. Que s'est-il produit? Ou bien c'est un abcès qui se forme dans la poche ancienne; ou bien c'est une collection méconnue et voisine de celle qu'on a ouverte qui continue à évoluer.

Enfin le reproche le plus grave qu'on puisse adresser à l'incision du cul-de-sac postérieur, c'est de n'être pas une intervention radicale ; c'est de ne pas remédier aux causes même de la suppuration. Par exemple, dans une salpingite suppurée, l'incision évacue bien le pus, le draine, mais elle n'enlève pas la trompe malade. Celle-ci peut amener de nouveaux accidents semblables aux premiers. On voit donc que cette intervention n'est pas à l'abri de sérieuses critiques, les critiques nous pouvons les résumer ainsi :

1° Persistance de fistules ; 2° retour d'accidents inflammatoires ; 3° l'opération laisse subsister la cause même des accidents.

*Hystérectomie vaginale.* — Il nous reste maintenant à parler de la troisième opération que nous pouvons pratiquer : l'Hystérectomie vaginale. C'est la méthode de choix dans la plus grande majorité des cas. Les observations que nous publions, grâce à l'obligeance de M. le professeur Duplay, prouvent que cette intervention peut se faire sans danger dans la période aiguë des suppurations pelviennes. Nous allons en exposer les avantages. En parlant de l'hystérectomie, il faut insister sur ce point, que la fièvre n'est pas une contre-indication, au contraire. Nous étudierons

ses avantages, ses contre-indications. La plus importante est l'unilatéralité des lésions, son manuel opératoire (voyez 1, prof.), ses résultats, enfin faites rapidement la discussion.

*Avantages de l'hystérectomie.* — Et d'abord quels arguments peut-on invoquer contre cette opération ?

Contre l'hystérectomie doit-on invoquer sa gravité ? Evidemment l'incision du cul-de-sac postérieur est une intervention plus simple et d'une plus grande bénignité. Mais actuellement les dangers de l'hystérectomie sont bien petits, surtout en cas de suppurations pelviennes, et il ne nous semble pas que ce soit là une raison pour la rejeter. Dans nos observations, nous ne trouvons aucun cas de mort imputable à l'opération. La fièvre, la gravité de l'état général ; mais tous les jours les chirurgiens pratiquent avec succès des interventions dans des conditions tout aussi défavorables. Nous croyons au contraire que la malade supportera mieux le choc opératoire au début de sa maladie ; sa résistance sera plus grande, car elle n'aura pas encore été affaiblie par de longues souffrances, par plusieurs jours de fièvre ; après l'opération la convalescence se fera bien plus vite et la guérison sera plus rapide.

Du reste, les observations sont là pour prouver que l'on peut intervenir sans danger. N'oublions pas que l'opération est plus facile à cette période du début. Les adhérences n'ont pas eu le temps de se former et par suite l'utérus s'enlève sans peine et l'évacuation des foyers purulents est plus facile.

Nous avons vu tout à l'heure, les dangers de l'expectation ; nous avons conclu à la nécessité d'une intervention ; maintenant nous allons chercher à prouver que cette intervention doit être l'hystérectomie vaginale.

Les critiques faites à l'incision du cul-de-sac postérieur ne sont plus applicables à l'hystérectomie. Cette dernière est une opération radicale, elle enlève la cause même du mal.

Non seulement, elle donne issue au pus, mais encore elle enlève l'organe qui suppure. Avec elle, plus de fistules à redouter, la brèche est assez large pour que l'évacuation puisse se faire complètement. Dans l'incision, on s'expose à laisser une poche sans l'ouvrir ; cette poche, il est vrai, peut secondairement s'ouvrir et le pus s'écouler par l'incision, mais il n'en est pas toujours ainsi. L'hystérectomie n'a pas ce défaut et, avec elle, toutes les collections seront vidées. Si la malade guérit, elle n'est pas exposée à une récurrence ; on

n'aura pas à intervenir une seconde fois. En somme : Faire une large brèche qui permet l'évacuation totale, rapide et le drainage facile de la suppuration ; enlever l'organe malade et par cela même éviter toute récurrence ; enfin, ne pas exposer à une fistule qui demande une seconde opération, tels sont les avantages de l'hystérectomie.

*Contre-indications.* — La fièvre, nous l'avons dit, ne constitue, en aucune façon, une contre-indication.

L'état général pourrait en constituer une. En présence d'une malade très affaiblie, cachectisée, ayant un pouls misérable, presque mourante, en un mot, le chirurgien est en droit d'hésiter à pratiquer, sur un aussi mauvais terrain, une opération grave ; et, peut-être, doit-il donner, dans ce cas, la préférence à l'incision du cul de sac postérieur. La conduite à tenir est essentiellement variable suivant les cas, et il est impossible de donner de règle précise.

Une autre contre-indication, la seule sérieuse, est l'unilatéralité des lésions des annexes. Chez une femme jeune, pouvant encore avoir des enfants, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie, si les lésions ne s'étendent pas aux deux annexes, à plus forte raison si la suppuration ne les atteint

ni l'une ni l'autre. Du reste, ce cas est rare, et, dans la plupart des suppurations pelviennes, on trouvera les annexes malades des deux côtés.

*Manuel opératoire.* — Dans le service où nous avons fait ce travail, nous avons vu souvent le professeur Duplay pratiquer l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes aiguës. Son manuel opératoire diffère un peu de celui qui est classique. Il a bien voulu nous permettre de reproduire les pages suivantes où ce manuel est exposé par lui et M. le docteur Clado :

« Le manuel opératoire que nous avons suivi  
« dans les hystérectomies pour suppurations pel-  
« viennes diffère quelque peu de l'opération clas-  
« sique. Il est subordonné aux circonstances qui  
« commandent et guident toutes les manœuvres.

« On doit d'abord, même au prix de grandes  
« difficultés, s'efforcer autant que possible de  
« retarder l'ouverture des collections purulentes.  
« L'idéal consiste à ne pas les ouvrir du tout,  
« c'est-à-dire à extirper les poches en entier. Si  
« cela est impossible, il ne faut procéder à leur  
« ouverture qu'après l'extirpation de l'utérus,  
« par conséquent, vers la fin de l'opération. Lors-  
« que la collection siège dans le cul-de-sac posté-  
« rieur, après avoir tracé l'incision postérieure et

« quelque peu décollé le tissu de ce côté, on doit  
« s'arrêter et ne pas chercher à effondrer le péri-  
« toine ; on renvoie ce temps opératoire à la fin  
« de l'intervention, alors que la cavité périto-  
« néale, protégée par un tampon de gaze iodofor-  
« mée, ne risquera plus d'être souillée par le  
« contenu de la poche purulente.

« Relativement à l'extirpation de l'utérus, il  
« faut, avons-nous dit, laisser les circonstances  
« guider l'opération, plutôt que de faire une opé-  
« ration réglée. Nous cherchons à obtenir l'or-  
« gane dans son entier, mais pour peu qu'il y ait  
« de grandes adhérences, que l'abaissement se  
« fasse avec difficulté, qu'une collection purulente  
« menace de s'ouvrir sous le doigt qui opère le  
« décollement, nous changeons immédiatement  
« notre manière de faire. Nous extirpons d'abord  
« le col aussi haut que possible, en évitant, nous  
« le répétons, d'ouvrir prématurément les col-  
« lections purulentes. Après l'extirpation du col,  
« nous montons l'utérus en trois ou quatre frag-  
« ments ou même davantage, s'il le faut, enle-  
« vant successivement chaque fragment et posant  
« des pinces languettes sur les points qui sai-  
« gnent. On arrive donc de la sorte à extirper  
« l'organe dont il ne reste, à la fin de l'opération,  
« que deux fragments appartenant ses angles,  
« en continuité avec le ligament large.

« Nous avons l'habitude d'introduire à ce  
« moment, dans la cavité abdominale, une large  
« barrière de gaze iodoformée pour refouler et  
« protéger les intestins. Cela fait, on extirpe ce  
« qui reste de col utérin en bas et en arrière, du  
« côté du cul de sac postérieur, puis on cherche  
« à énucléer les annexes de chaque côté. Les  
« collections purulentes qui sont ouvertes par  
« déchirure de leurs parois vident leur contenu  
« dans la cavité vaginale sans danger, grâce au  
« tamponnement dont j'ai parlé, de contaminer  
« la cavité péritonéale. Un aide se tient toujours  
« prêt à envoyer un filet d'eau pour nettoyer le  
« champ opératoire, à mesure que le pus se mon-  
« tre dans la cavité vaginale.

« Nous n'avons pas l'intention de décrire ici  
« l'hystérectomie vaginale, mais pour plus de  
« clarté, nous résumerons, en différents temps,  
« les opérations successives de notre procédé, en  
« prenant, par exemple, pour type un cas de  
« salpingite suppurée double, avec collection dans  
« le cul de sac de Douglas.

« 1° Incision circulaire des culs de sac autour  
« du col.

« 2° Décollement du cul de sac postérieur dans  
« une petite étendue jusqu'à la collection puru-  
« lente. Décollement complet en avant jusqu'au

« cul de sac péritonéal vésico-utérin qui est effondré séance tenante.

« 3° Après pincement des artères utérines, résection du col utérin aussi haut que possible.

« 4° Section médiane de l'utérus, et sa fragmentation pratiquée avec des ciseaux, successivement à droite et à gauche, y compris celle de la base de l'organe.

« 5° Tamponnement de la cavité abdominale.

« 6° Extirpation des annexes ou bien ouverture des cavités purulentes si l'on ne peut les extirper en entier. »

# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I (Personnelle).

Madame Deb... F..., 36 ans, Entrée le 5 septembre 1895, n<sup>o</sup> 11, salle Saint-Jean.

Les premiers symptômes inflammatoires du côté des organes génitaux remontent à dix ans, à la suite d'un avortement. Il est difficile de suivre rigoureusement le récit de la malade. Il semble cependant qu'elle ait souffert à plusieurs reprises de manifestations inflammatoires du côté des organes génitaux et que depuis six mois elle porte une fistule à la suite de l'ouverture spontanée d'une collection purulente rétro-utérine.

A son entrée à l'hôpital, elle présente un état général déplorable. Elle est de couleur jaune-paille, les extrémités inférieures sont légèrement œdématisées, enfin, elle est considérablement amaigrie. Elle a de la fièvre tous les soirs accompagnée souvent de *transpirations matinales*. Le thermomètre oscille entre 37° et 38°.

A l'examen on trouve : un col peu volumineux, dont la lèvre supérieure est atrophiée, dure et scléreuse. L'utérus est redressé presque dans l'axe du vagin, mais immobile, de toute part retenu par des adhérences. Il est à peine plus gros qu'à l'état normal et sa cavité mesure environ 9 centimètres verticalement.

Il n'existe rien dans le cul-de-sac antérieur, au contraire des culs-de-sacs latéraux et postérieurs qui sont comblés et effacés. — En arrière, on trouve aisément l'orifice fistuleux déprimé en cul de poule et surmonté en avant d'un bourgeon charnu. Il se trouve situé un peu à droite de la ligne médiane. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse formant une tuméfaction diffuse, adhérente à l'utérus, en avant et au vagin en bas. Il est difficile de faire glisser la muqueuse vaginale qui est accolée. Il s'agit, évidemment, d'un amas d'adhérences, conséquences et vestiges d'une collection purulente ouverte dans le cul-de-sac postérieur.

Latéralement cet amas adhère aux annexes tuméfiées. Il est impossible de lui assigner des limites supérieures.

A droite et à gauche les deux culs-de-sac se trouvent effacés par un empâtement remontant jusqu'à la voûte utérine, dont les limites externes sont difficiles à préciser.

A gauche, l'empâtement ne semble pas atteindre la paroi du petit bassin, mais à droite, au contraire, non seulement la paroi pelvienne est atteinte, mais la tuméfaction remonte jusqu'aux limites de la fosse iliaque.

En dedans, cet empâtement bilatéral se confond avec la masse isolée d'une paroi pelvienne à l'autre et faisant corps avec la face postérieure.

Le type de suppuration répond à la description du *phlegmon des ligaments larges*.

Il est impossible de distinguer les annexes au sein de cette masse.

Elles sont, sans doute, conformes avec elle, et englobées au milieu des fausses membranes.

Nous avons essayé de dilater le trajet postérieur après l'avoir agrandi par une incision. Le traitement poursuivi pendant quelque temps, n'a été suivi d'aucun résultats. Bien

R. 80. P. 180. T. 12.





au contraire, la température a persisté à peu près aussi élevée.

L'état général de la malade allait en s'aggravant peu à peu. L'anémie et l'amaigrissement sont extrêmes, enfin, une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs apparaît au sacrum.

Localement, l'empâtement avait quelque peu augmenté. Plus prononcé à gauche sans qu'on ait plus trouvé un point fluctuant ou ramolli permettant de donner issue au pus qui, sans doute existait au sein de la masse empâtée.

C'est au milieu de cet état général grave et de lésions qui ne permettaient pas une temporisation plus longue que nous avons décidé d'entreprendre l'hystérectomie, seule ressource pour mettre fin aux phénomènes infectieux par l'ouverture d'une large brèche.

*Opération.* — L'hystérectomie fut pratiquée le 24 janvier.

L'extirpation de l'utérus a été entièrement laborieuse, adhérent de tous côtés, il ne s'est pas laissé abaisser un seul instant, de sorte qu'il a été nécessaire de l'extraire par petits fragments.

Les annexes, ou tout au moins ce qu'elles représentait, ont été extirpées également par lambeaux pris aussi haut que possible. Au cours de l'opération, nous avons évacué deux collections purulentes dont l'une siégeant à droite contenait environ un demi-verre de pus fétide et verdâtre.

Une anse intestinale est venue faire hernie au cours de l'opération à travers la plaie. Elle a été réduite et maintenue par un tampon de gaze.

Les suites opératoires ont été simples. Les deux premiers jours la température tombe à la normale. Une élévation s'est manifestée à la suite du retrait des pinces et a cédé à son tour par l'emploi d'un purgatif salin.

Cependant, à partir du cinquième jour, une nouvelle élé-

vation thermique nous a obligés à retirer prématurément les mèches de gaz iodoformées, et de nouveau, la température a gagné en trois jours le chiffre normal.

Malgré tout, de nouveau, le thermomètre a oscillé entre 37° et 38° pendant cinq jours. Les grandes oscillations ont été attribuées par nous à un certain degré de résorption qui aurait pour point de départ, quelque cul-de-sac n'ayant pas été largement ouvert.

Cependant, comme la santé de la malade allait en s'améliorant, nous nous sommes contenté de piqures de sérum (environ 500 gr. par jour).

Du 10 au 19 janvier, il y a eu environ deux fois une ascension thermométrique brusque, puis le thermomètre est resté fixé à 37°.

Il est évident que notre opération forcément incomplète, n'a pas débarrassé la malade du premier coup de tous les clapiers purulents, et c'est pourquoi la température a présenté quelques ascensions.

La malade a fini, cependant, par guérir complètement et définitivement.

L'eschare s'est modifiée dès les premiers jours qui ont suivi l'intervention, et le 10 janvier (15 jours après l'opération) elle était complètement fermée.

En octobre 1896, la malade est revenue nous voir et se portait admirablement.

## OBSERVATION II (Personnelle)

Mme V... P..., âgée de 31 ans. Entrée à l'hôpital le 26 janvier 1895.

Réglée à l'âge de 14 ans régulièrement. A 18 ans, a un enfant bien portant.

En 1892, elle a subi un curetage avec amputation du col pour une métrite muqueuse, d'origine vraisemblablement blennorrhagique. A signaler cependant l'existence à cette époque d'un col volumineux, scléro-kystique, avec cicatrice à gauche, suites opératoires parfaites.

En 1893, colique néphrétique droite.

A la fin de 1894, grossesse extra-utérine diagnostiquée en ville. Peu de temps après symptômes d'hématocèle rétro-utérine, avec phénomènes péritonéaux graves, hémorrhagies utérines, et fécalement ouverture de la collection dans le rectum.

En 1895, la malade souffre toujours dans le petit bassin, poussées fébriles avec douleurs et ballonnement du ventre.

La fistule rectale persista; on le reconnaît au toucher rectal. Elle siège à 5 centimètres environ de l'orifice vulvaire.

A la fin de 1895, un mois avant l'entrée à l'hôpital, les symptômes fébriles s'installent d'une façon permanente, au point d'obliger la malade à garder le lit.

A l'hôpital, on trouve le ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression au niveau de l'hypogastre et sur les côtés. L'utérus est peu augmenté de volume, mais presque immobile. Dans le cul-de-sac postérieur, il existe un empatement diffus qui fait corps avec la face postérieure de l'utérus. De chaque côté on reconnaît les annexes augmentées de volume, à droite elles sont accolées à l'utérus, et il est difficile

de trouver la ligne de démarcation entre elles et ce dernier ; à gauche, elles sont indépendantes et offrent à peu près le volume d'un petit œuf. La température oscille entre 38° et 38° 5, avec rémission matinale d'un degré environ. L'état général est satisfaisant, bien que la malade soit fatiguée et pâle. L'appétit est médiocre.

Comme il est certain qu'un curettage de la fistule ne donnerait aucun résultat satisfaisant, on décide de pratiquer l'extirpation des annexes ; or, étant donné la bilatéralité évidente de la lésion, l'existence du reliquat de la poche de l'hématocèle, le peu de mobilité de l'utérus, c'est à l'hystérectomie qu'on donne la préférence.

Elle a été pratiquée le 31 janvier.

L'utérus est extirpé avec assez de facilité dans sa totalité, sans morcellement, mais les annexes ne peuvent être enlevées que par fragments. Une poche purulente est ouverte au cours de l'opération et répand son contenu dans la cavité vaginale.

Après l'extirpation de l'utérus, l'extirpation du grand épiploon vient faire hernie dans l'orifice vaginal. Elle est aussitôt profondément refoulée dans l'abdomen au moyen d'une lanière de gaze iodoformée. L'épiploon une fois protégé, on procède à l'extirpation des annexes.

Après nettoyage du champ opératoire, la lanière de gaz est retirée ; les pinces recouvertes du côté de leur extrémité supérieure avec de la gaze iodoformée et le pansement terminé comme d'habitude.

Les suites opératoires ont été très simples. Le premier jour la température est tombée un peu au-dessous de la normale. Le deuxième et le troisième jour elle a oscillé autour de 38°, puis elle est revenue à peu près à la normale. La malade s'est levée au seizième jour et a quitté l'hôpital le vingt-et-unième.

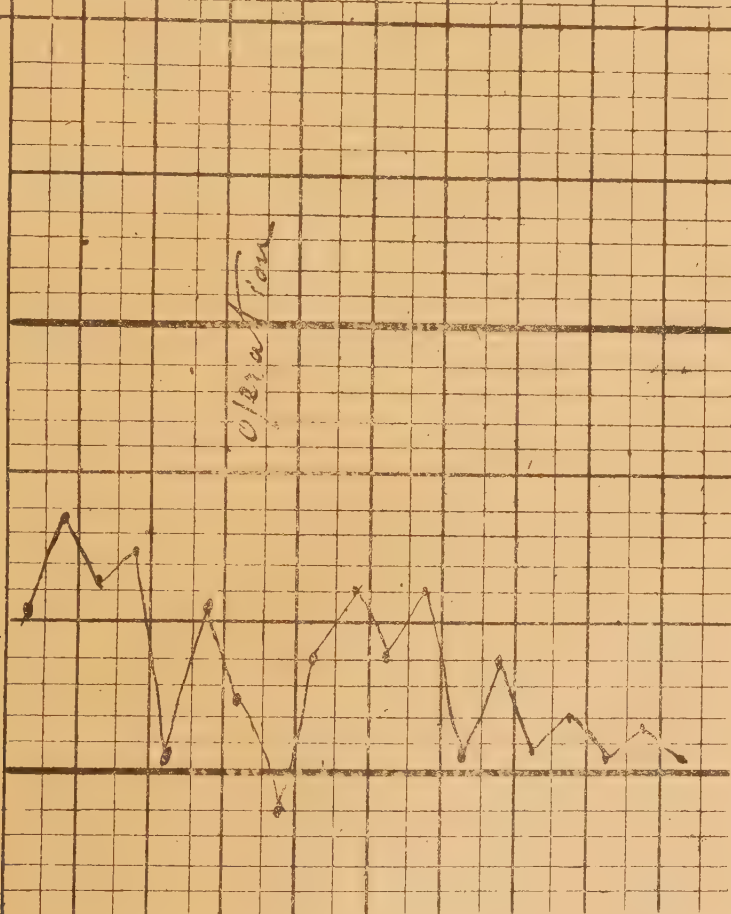
COURS DE LA MALADIE

N. 80. P. 180. T. 42.

m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s.

75 170  
70 160 41  
65 150  
60 140 40  
55 130  
50 120 39  
45 110  
40 100 38  
35 90  
30 80 37  
25 70  
20 60 36

operation





Guérison complète.

La malade a été revue trois mois après, la guérison s'était maintenue.

### OBSERVATION III (personnelle).

Mme G. R..., timbreuse, âgée de 40 ans. Entrée le 29 novembre 1895. Salle Saint-Jean, n° 8.

Réglée à 9 ans. Règles peu abondantes mais régulières et sans douleurs.

En 1892, *fausse-couche* de trois mois, à la suite de laquelle la malade a conservé quelques douleurs à l'hypogastre et des pertes blanches.

Elle souffre surtout depuis vingt mois. A la suite, dit-elle, d'une émotion violente, ses règles se sont arrêtées brusquement au milieu de leur cours et depuis elle ne les a plus revues.

Cependant, il y a deux mois, elle ressentit des symptômes analogues à ceux qui accompagnaient d'habitude ses règles, et s'est aperçue d'une perte roussâtre.

Depuis cet arrêt des règles, la malade se plaint de douleurs violentes dans le bas-ventre; elles siègent surtout à gauche. A ces douleurs se joint une fièvre presque continue, qui a déterminé un état d'anémie prononcé, et de fatigue telle, qu'il lui est impossible de quitter le lit.

A son entrée à l'hôpital, indépendamment des douleurs hypogastriques, la malade souffre avec persistance à la partie supérieure de la fesse, et au voisinage de l'articulation sacro-coccygienne gauche. Il existe, du reste, à ce niveau, des points très douloureux qu'on réveille par la pression.

De plus, le haut de la fesse semble œdémateux, comme infiltré; mais il s'agit évidemment d'un phénomène vaso-

moteur, car il n'y a nulle part de collection nette ni de point osseux malade, et l'articulation sous-iliaque examinée sur ses deux faces, paraît absolument indemne. Nous avons donc rattaché cette douleur à un acte réflexe dont le point de départ est l'utérus malade.

Le col utérin présente de petites cicatrices rayonnant autour de l'orifice ; il est gros, oedémateux, allongé. L'utérus est immobile, maintenu par des adhérences. Le cul-de-sac postérieur est libre à droite, il existe une tumeur transversalement allongée, peu mobile, placée très haut, et qu'on amène difficilement au contact du doigt. Elle occupe la place normale de la trompe utérine.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une autre tumeur beaucoup plus volumineuse, étendue transversalement de la corne et du bord utérin, jusqu'à la paroi pelvienne. Son volume est celui d'un citron. Aussi tombe-t-elle facilement sous le doigt, et l'on se rend compte de ses différents caractères par l'exploration bi-manuelle.

La tumeur est moelleuse sur un point, presque fluctuante, plus consistante sur d'autres points. Elle est immobile aussi bien dans le sens transversal que de haut en bas.

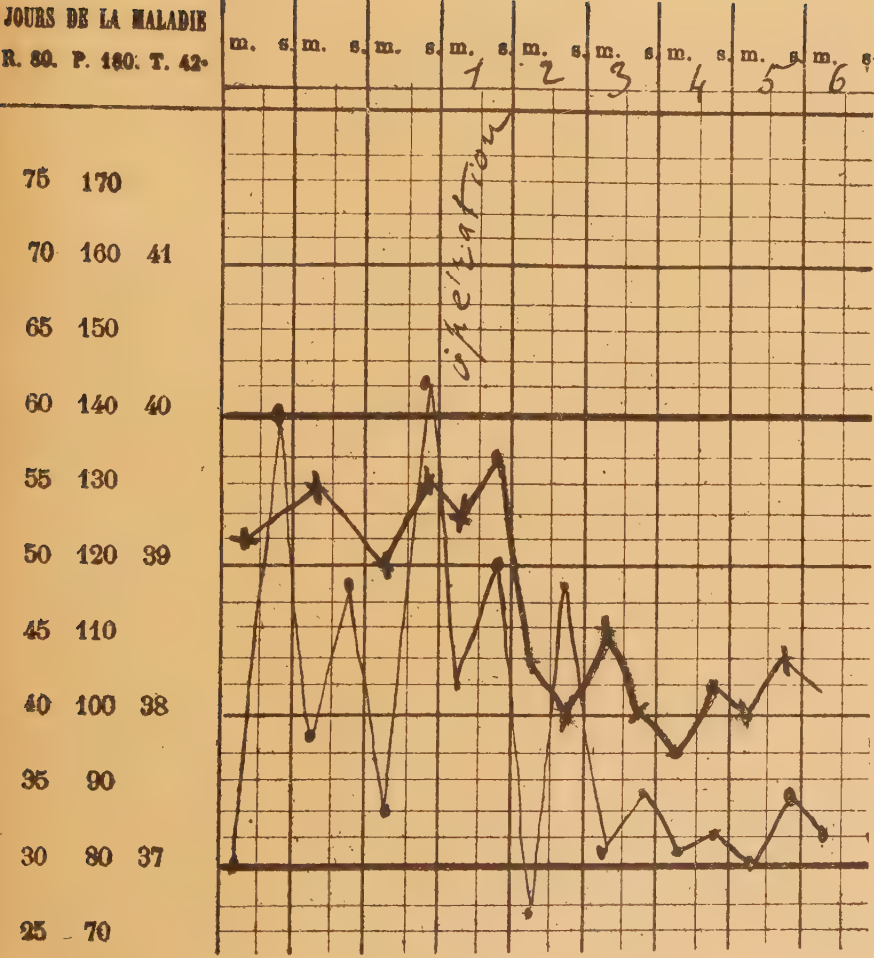
Il y a peu de périsalpingite, tant à droite qu'à gauche, bien que tous les culs-de-sac du vagin soient douloureux au toucher. Les mouvements qu'on cherche à imprimer du côté de l'organe utérin, provoquent également des souffrances.

Pour bien étudier l'état des lésions, on a été obligé d'avoir recours au sommeil artificiel.

L'utérus est augmenté de volume. Par l'exploration bimanuelle, on peut sentir facilement le fond de l'organe, et en apprécier approximativement les dimensions. L'augmentation est encore plus marquée dans le sens transversal que longitudinalement, ce qui donne à l'organe une apparence

JOURS DE LA MALADIE

R. 80. P. 160. T. 42.





globuleuse. Sa cavité présente environ 9 centimètres de diamètre verticalement.

A l'hystéroscope, la muqueuse utérine paraît violacée dans presque toute son étendue, mais à peine épaissie. Elle est recouverte d'une mince couche purulente, assez adhérente, et il faut s'y prendre à plusieurs reprises pour l'essuyer avec un tampon.

L'état général est déplorable. La malade a de la fièvre tous les jours. Elle est pâle, anémiée, considérablement amaigrie. L'inappétence est à peu près absolue.

La température est intéressante à étudier. Le tracé présente de grandes oscillations entre 37° et 40°. Il y a donc des symptômes de résorption purulente. C'est surtout pendant les dix ou douze jours qui ont précédé l'opération que ce type de tracé thermique a été manifeste.

Malgré le mauvais état général, malgré la fièvre, et pour sauver la malade d'une mort certaine, l'hystérectomie fut décidée et pratiquée le 13 février 1896.

L'opération a pu être pratiquée assez rapidement. L'utérus, fondu sur le milieu, a été retiré en entier, mais le cul-de-sac postérieur ouvert à la fin de l'opération a donné issue à une certaine quantité de pus collecté en dehors des annexes. La cavité péritonéale était protégée à ce moment par une lanière de gaze iodoformée.

Après nettoyage du champ opératoire, on procède à l'extirpation des annexes qu'on peut retirer en entier, aussi bien du côté droit que du côté gauche. La pièce comprend de chaque côté la trompe cystique et remplie de pus et l'ovaire correspondant qui lui est accolé.

Les suites opératoires ont été simples.

Nous ne ferons remarquer que cette particularité intéressante : au lieu de voir la température tomber au-dessous de

la normale, le soir même de l'hystérectomie, nous avons noté au contraire une ascension de deux degrés.

Le thermomètre a, en effet, marqué 39° le soir même de l'opération.

Ce n'est que le lendemain que la chute au-dessous de la normale s'est produite.

Cette particularité résulte vraisemblablement de ce que les produits infectieux résorbés par la malade, les jours précédents, circulaient encore dans son économie, le jour de l'opération, laquelle a été impuissante à rétablir la température.

Les deux jours suivants, la température a monté jusqu'à 39°, pour atteindre la normale après le retrait des pinces et l'administration d'un purgatif.

La guérison a été complète et la malade a quitté l'hôpital le 21<sup>e</sup> jour après l'opération.

Nous ne l'avons pas revue depuis.

#### OBSERVATION IV (personnelle).

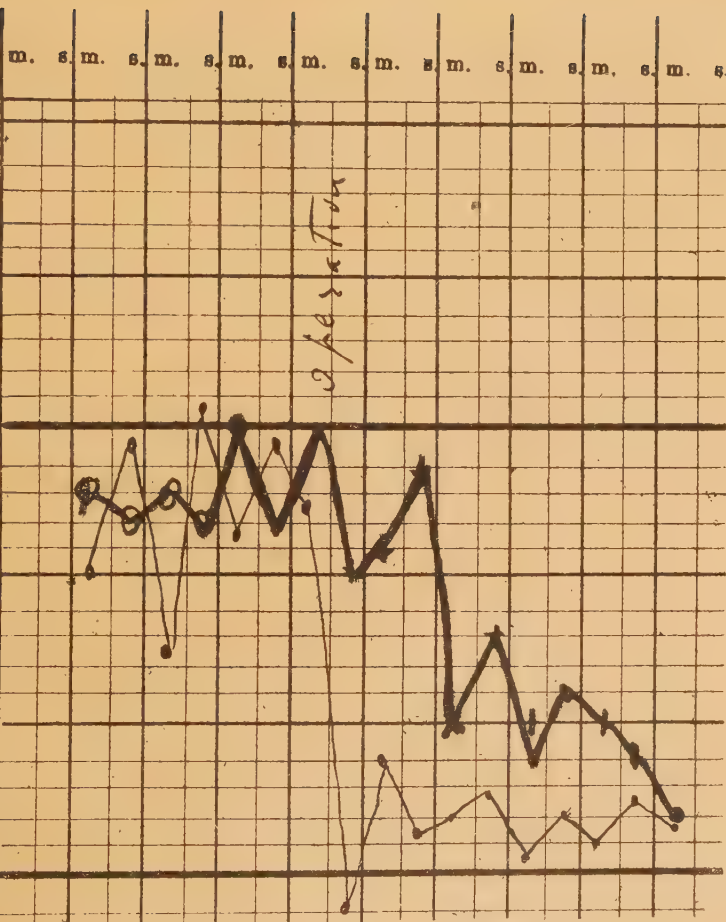
E. C..., âgée de 51 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital le 24 avril 1896, sortie le 6 juin 1896.

La malade a été réglée à l'âge de 15 ans. Elle a eu un enfant, il y a 20 ans, mais elle ne saurait nous dire si elle a souffert après son accouchement, qui fut effectué dans de bonnes conditions. Il paraîtrait cependant qu'à la suite de ses couches elle aurait conservé au col de l'utérus des ulcérations, pour lesquelles un traitement aurait été institué pendant quelque temps.

Elle a eu sa ménopause à 49 ans. Elle fut accompagnée de différents troubles d'ordre congestif. A cette époque elle

JOURS DE LA MALADIE

R. 80. P. 180. T. 42.





a eu une congestion cérébrale qui a laissée comme reliquat une amblyopie droite.

Deux ans après sa ménopause, elle a éprouvé des symptômes de descente de matrice. Elle a ressenti des douleurs très légères dans le ventre, de la pesanteur et dans l'espace d'un an l'utérus a fini par arriver au voisinage de l'orifice vulvaire.

Peu après, à cette sensation se sont joints des troubles fonctionnels, d'abord une constipation qui a augmenté graduellement, puis des troubles de la miction. Envies fréquentes et difficulté d'uriner.

Il y a deux mois que la malade éprouve en outre des symptômes de métrite. Elle perd souvent en blanc. Les douleurs dont elle souffrait se sont accrues, elle souffre notamment à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche.

Depuis une quinzaine de jours elle se plaint en outre d'avoir la fièvre.

Depuis son entrée à l'hôpital, le thermomètre oscille en effet autour de 39°.

On trouve à l'examen la paroi antérieure du vagin fortement prolabé à travers la vulve ainsi que la paroi postérieure qui est cependant moins prolabée.

Au toucher on rencontre le col de l'utérus près de la vulve dirigé suivant l'axe du vagin. (rétro-version.)

L'utérus est assez mobile et descend à la suite d'efforts.

Il est volumineux. Le col est augmenté de volume et présente les lésions de la transformation kystique avec sclérose, son orifice est ectropié et la muqueuse y fait hernie.

La trompe gauche est douloureuse, du volume d'une petite mandarine, assez mobile, sans être accompagné de lésions de périsalpingite. A droite, il existe un peu de douleur mais sans tuméfaction de la trompe. De ce côté on trouve

un peu de salpingite sans collection. Les autres culs de sac vaginaux sont libres.

On décide pour ce cas l'hystérectomie qui vise la guérison des prolapsus et de la salpingite. La malade a dépassé l'âge de la ménopause, il n'y a donc aucune raison pour conserver l'utérus.

*Opération.* — L'opération a été pratiquée le 7 mai en pleine période fébrile.

Sa température est tombée rapidement à la normale. Les suites de l'opération ont été parfaites, sans aucune complication et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

#### OBSERVATION V (personnelle).

Mme P. M..., 45 ans, cuisinière, salle St-Jean, lit n° 1.

Fièvre typhoïde à l'âge de trois ans, réglée à 13 ans régulièrement et normalement jusqu'à 1885.

A partir de 1885, elle souffre de pertes blanches abondantes.

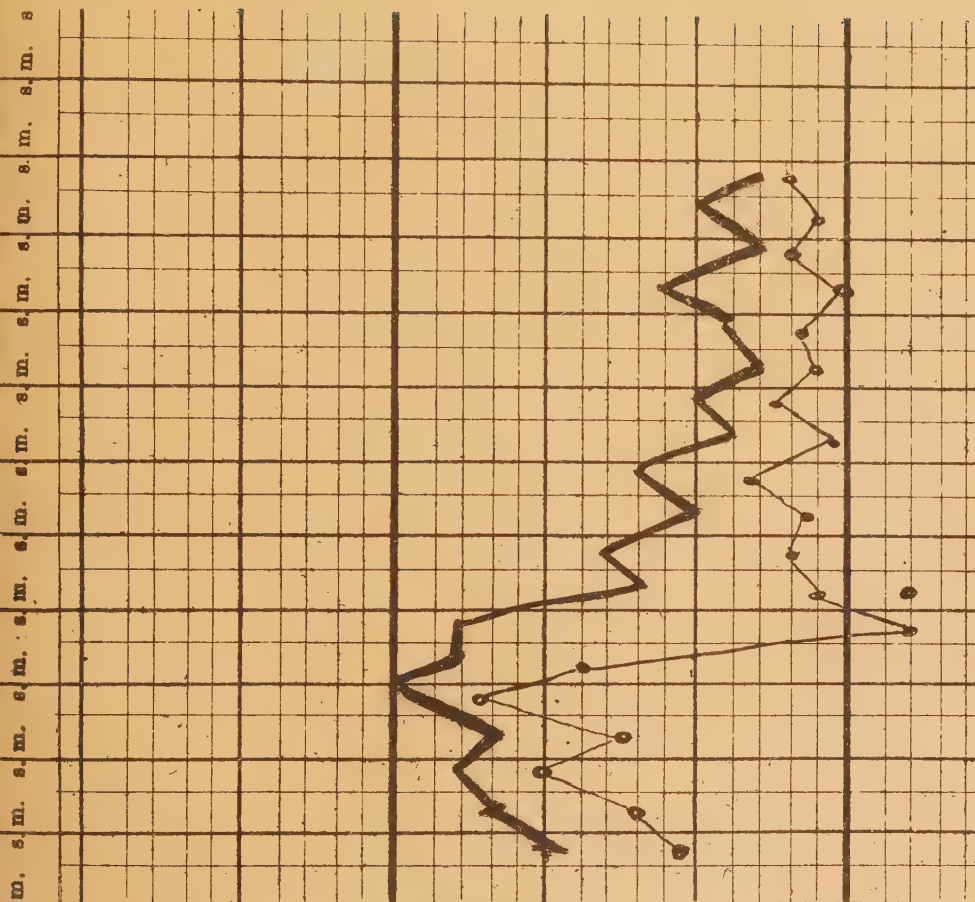
En 1889, elle a un enfant qui est bien portant. Ses couches sont régulières. Cependant à l'époque de son accouchement les médecins lui auraient dit qu'elle avait déjà un fibrome.

En 1892, elle entre à la Charité où M. Duplay diagnostique un fibrome et l'opère par la voie vaginale (vraisemblablement un polype.)

Trois mois après elle reprend son travail, mais pour le suspendre momentanément à cause d'une forte perte survenue 5 mois après son opération.

En 1894, nouvelles métrorrhagies accompagnées de très fortes douleurs hypogastriques et de douleurs localisées dans les fosses iliaques.

25 70





En 1896, après une période de calme, elle a au mois de février quatre grandes pertes métrorrhagiques qui l'obligent à rentrer à l'hôpital.

Il est à noter que depuis son opération jusqu'à ce jour elle n'a jamais cessé de perdre en blanc et que ces pertes ont eu souvent une odeur fétide.

L'examen pratiqué le 16 mars, jour de son entrée à l'hôpital, nous révèle les lésions suivantes :

L'utérus est augmenté de volume, en position à peu près normale, il dépasse un peu la symphyse pubienne. Le cathétérisme montre une cavité de 10 centimètres de diamètre vertical. Le col est assez gros et un peu mou, il existe une cicatrice de chaque côté de son orifice. Lèvre antérieure volumineuse. L'utérus est peu mobile. Dans les deux culs-de-sac, on trouve les annexes augmentées de volume. A gauche la tumeur annexielle présente le volume d'un citron. Elle est dure, non fluctuante. Adhérente en dedans et en dehors, elle n'offre aucune mobilité. A gauche la tumeur n'atteint pas le volume d'une noix, mais elle moins nette, elle est encore enveloppée de produits plastiques, qui permettent à peine d'en deviner le contour, l'adhérence au plancher pelvien est intime de ce côté.

Etant donné l'opération antérieure, les hémorrhagies, la marche de la maladie et les résultats fournis par l'examen, on diagnostique un corps fibreux interstitiel, avec métrite, salpingite parenchymateuse bilatérale avec périannexite gauche.

Mise en observation pendant le mois de mars et soignée par des moyens simples, la malade non seulement n'est pas améliorée, mais elle a à la fin de mars et dans les premiers jours de juillet des manifestations fébriles qui nous décident à hâter l'intervention. Son tracé thermométrique oscille autour de 38° et présente presque un plateau. Localement

les douleurs deviennent plus violentes, le ventre se ballonne et les premiers résultats fournis par l'examen deviennent moins nets. L'utérus et les annexes paraissent englobés dans une même masse.

La malade est opérée le 7 juillet au milieu des symptômes fébriles et malgré l'état local alarmant dont nous venons de parler.

L'opération se fait avec assez de facilité, l'utérus est retiré par morcellement, on trouve à son fond une tumeur fibreuse grosse comme une petite noix et deux ou trois fibromes du volume d'un haricot.

L'utérus une fois extirpé, on procède à l'ablation des annexes, à droite on arrive à extirper la tumeur en entier. Il s'agit d'une salpingite parenchymateuse avec petites cavités remplies de sang ou de pus, mais à gauche on ne peut retirer la poche que par lambeaux et encore est-on obligé de laisser la plus grande partie sur place. Quant aux ovaires ni l'un ni l'autre n'a pu être retiré.

Les suites opératoires sont simples à part une incontinence d'urine qui dure cinq semaines, et disparaît complètement vers le 12 mai.

La malade quitte l'hôpital le 20 mai en conservant une fistule vaginale qui fournit une certaine quantité de pus. Pas de douleurs, pas d'hémorrhagies.

Le 28 juin. Les suites opératoires ont été simples; la malade est sortie de l'hôpital conservant une fistule et perdant un liquide muco-purulent. Il n'y avait donc pas guérison absolue et cela résulte sans doute de la nécessité de laisser dans le bassin des fragments des poches ouvertes. Le 28 juin en effet la malade a eu un frisson avec tremblement et fièvre, des douleurs dans le bas-ventre irradiant dans la région lombaire et les cuisses; d'abondants vomissements alimentaires et le ventre un peu ballonné. Le 30 juin, elle a perdu

du sang. Il y a eu là une série de manifestations répondant à une rétention de pus, peut-être amenée au retour de ses règles qui n'ont pas été supprimées à cause de la persistance d'un ou des deux ovaires.

La malade est rentrée à l'hôpital au mois de juillet dans un bon état général, sans fièvre.

Bien que l'examen ne révèle pas de collection purulente manifeste, on procède néanmoins à la dilatation et au drainage de sa fistule.

#### OBSERVATION VI

Mme S.-M..., 26 ans, couturière, entrée salle Saint-Jean, le 20 janvier 1896. Lit n° 14.

La malade présente tous les symptômes d'une métrite blennorrhagique. Utérus petit, mobile, collégèrement conique.

Ecoulement muco-purulent, ayant pour siège la cavité vaginale, la cavité utérine et l'urèthre. La malade en dehors de quelques irrégularités menstruelles qui n'offrent rien de spécial à noter, elle ne donne que des renseignements peu précis sur son état génital antérieur. Donc il nous est impossible de préciser le début de la blennorrhagie vaginale et à quel moment l'utérus et la vessie ont été envahis. Les deux annexes sont légèrement tuméfiées, mais surtout celle du côté droit. M. Duplay conseille de faire un curettage après une large dilatation de l'utérus et des pansements appropriés.

Le curettage est pratiqué le 29 janvier.

Pendant les 3 ou 4 premiers jours, la malade va bien, mais à partir du 4 février des symptômes fébriles brusques éclatent en même temps que des douleurs hypogastriques et lombaires. Le ventre est augmenté de volume : il y a quelques vomissements alimentaires, une constipation opiniâtre.

La malade examinée le lendemain 5 février nous offre un état local entièrement différent de ce qui a été décrit plus haut. En effet, tout le petit bassin est rempli par une coulée inflammatoire débordant la symphise en haut, englobant l'utérus et les annexes, saillant par conséquent dans le cul-de-sac postérieur et dans les culs-de-sac latéraux. La masse est plutôt pâteuse que dure, sans points fluctuants ; un traitement approprié est constitué, mais le 7 février, il survient des phénomènes de collapsus avec sueurs froides, petitesse du pouls, légère hypothermie, laquelle cependant doit être prise en sérieuse considération, car elle représente une chute brusque d'environ 2 degrés par rapport à la température que la malade avait la veille. Cet état d'hypothermie dura 24 heures. Le thermomètre monta de nouveau jusqu'à 39° le 9 février, jour de l'hystérectomie.

*Opération.* — L'utérus a été retiré en entier. Pendant l'extirpation des annexes, nous avons ouvert deux poches purulentes dont chacune contenait une petite quantité de pus. La trompe droite extraite par morcellement, contenait un placenta du volume d'une pièce d'un franc.

Cette particularité nous explique la recrudescence des phénomènes inflammatoires et leur extension dans les annexes et le paramétrium à la suite du curettage.

Les suites opératoires ont été simples. La température tombait à 38°4 le soir de l'opération et le lendemain elle atteignait la température normale ou la dépassant un peu (36°8).

Nouvelle ascension jusqu'à 38° le troisième jour après l'opération qui cède sous l'influence d'un purgatif. A partir du 14 février (cinquième jour après l'opération) la température est ramenée à la normale.

Guérison.

## OBSERVATION VII

Juliette L..., âgée de 33 ans, caissière. Saint-Jean, n° 19.

La malade a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Pas de pertes blanches. Un enfant à 16 ans, un autre à 23. Les accouchements ont eu lieu sans accidents. La malade n'a pas eu de fausses couches.

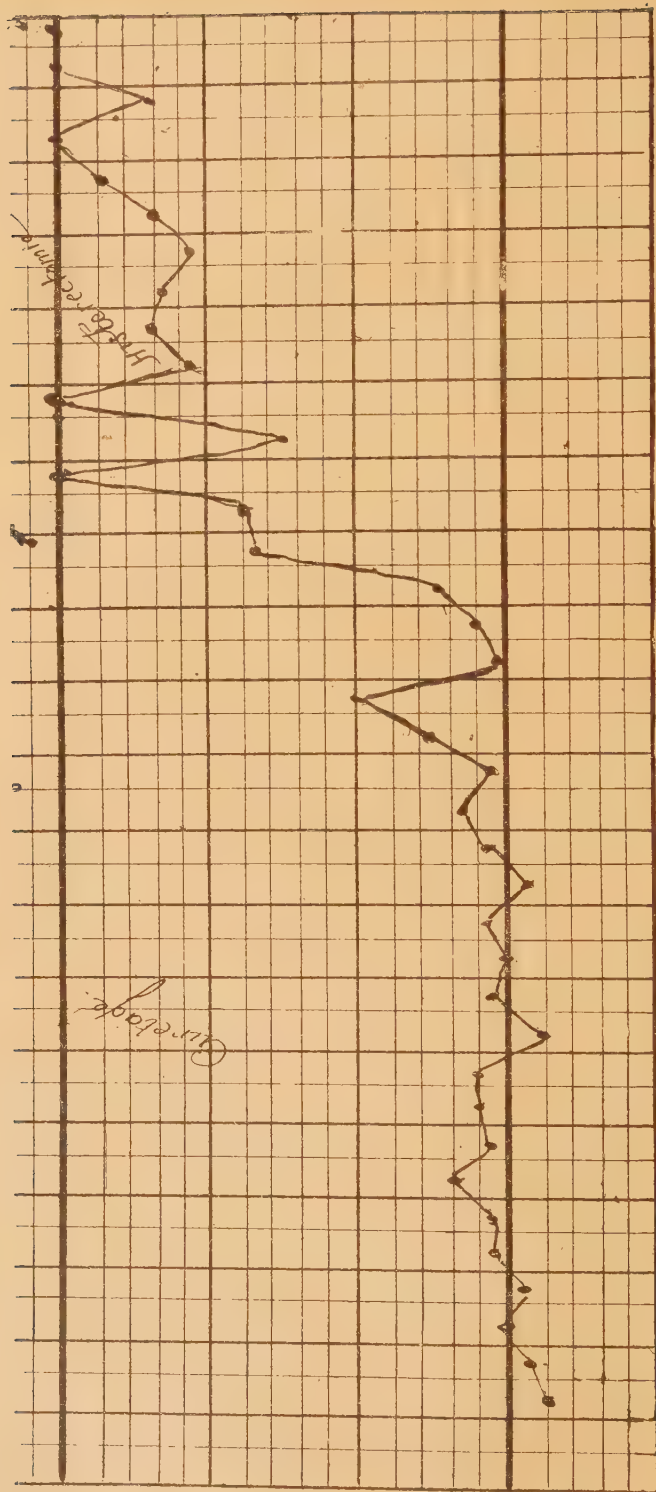
En novembre dernier, la malade a commencé à perdre du sang en abondance pendant ses règles qui duraient trois semaines chaque fois. A partir du commencement d'avril jusqu'au 15 mai, les pertes n'ont pas cessé et la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve que le col a augmenté de volume. Il est entr'ouvert. Il y a une ulcération sur la périphérie. Il est œdémateux. Le corps est volumineux. Il y a une réversion légère, légère mobilité. Les annexes sont saines.

On pratique un curettage.

Douze jours après le curettage, la température, après quelques oscillations légères, monte subitement à 38°, puis à 40°. On observe surtout de la température vespérale avec quelques rémissions matinales. Le col et le corps augmentent de volume et l'hystérectomie totale étant jugée nécessaire, la malade est opérée.

Le lendemain, la fièvre monte à 40°, arrive à 41°. Bientôt le délire commence et la malade succombe.



### OBSERVATION VIII

Marie B..., âgée de 32 ans, journalière. Saint-Jean, n° 11.

Le père est mort de pleurésie, la mère est bien portante.

La malade, durant toute sa jeunesse, n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 17 ans, et depuis elle a eu des règles régulières et jamais douloureuses.

Deux mois après la première époque menstruelle, elle a eu une interruption de ses règles durant cinq mois. Puis, elles ont repris leur cours d'une façon régulière et se sont prolongées ainsi jusqu'au mois de septembre 1896.

A part une légère leucorrhée déclarée dans sa jeunesse, la malade avait une santé parfaite.

Mariée en 1889, à l'âge de 25 ans, elle a eu trois enfants, dont deux sont morts. Les couches ont été normales et la malade se levait au bout d'une dizaine de jours, sans aucun accident ultérieur.

La première couche date de 1880, la dernière de 1893. Elle n'a jamais eu de fausse couche, ni de phénomène génital.

Au mois de septembre dernier, trois ans après sa dernière couche, la malade était occupée au lavoir, quand elle éprouva tout à coup une douleur assez légère s'irradiant du côté du ventre et des reins. La malade a pu continuer son travail, les phénomènes douloureux n'étant pas intenses. Elle n'avait pas de fièvre, mais ses règles qu'elle attendait, à ce moment, ont été en retard.

La malade vint à la consultation à l'Hôtel-Dieu où on lui prescrivit des bains sulfureux et des injections très chaudes.

Les phénomènes cessèrent.

Il y a quinze jours, le 5 novembre, la malade, après avoir fait son ménage, est prise de douleurs dans les reins s'irradiant du côté des cuisses. Elle se couche. Le lendemain, les

douleurs persistent et gagnent le ventre. La malade n'avait pas de fièvre, mais elle vomit une fois après avoir pris du bouillon.

Elle met des cataplasmes. Les jours suivants les douleurs diminuent peu à peu et les règles sont venues normalement. A la suite de ces troubles, la malade, inquiète, entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve le col entr'ouvert, déchiré, un peu mou. L'utérus est en rétroversion et en latéroversi<sup>o</sup>n gauche. Dans le cul de sac gauche, on sent une corde arrondie, dure.

Du côté droit, on sent également une tumeur du volume d'un citron, enchâssée dans le ligament large, accolée au vagin en bas, et se continuant en bas avec la corde utérine. Elle est très superficielle, molle, fluctuante et adhérente. A la partie supérieure, elle est séparée de l'utérus par un sillon.

Le 20 novembre, la malade, en pleine fièvre, subit une hystérectomie. L'opération se passe sans incidents. L'utérus enlevé, on trouve à droite une trompe dilatée et pleine de pus. Cet abcès est ouvert et la trompe enlevée. On enlève également les annexes gauches.

Le soir même, la température baisse ; l'état général est parfait. Les pinces sont enlevées le surlendemain. La température reste aux environs de 37°.

On peut la considérer comme guérie.

#### OBSERVATION IX

E. B. . . , âgée de 34 ans. Saint-Jean, nos 9 et 11.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

La malade a été réglée à 11 ans. Les règles sont régulières. Tout est normal jusqu'à l'âge de 24 ans.

A partir de l'âge de 20 ans, elle constate le début d'une leucorrhée assez abondante. Jamais de pertes blanches.

A 23 ans, la malade se marie et, à partir de cette date, les pertes blanches diminuent. Elle a quatre enfants, dans l'espace de six ans, et deux fausses couches. Elle a eu son premier enfant à l'âge de 26 ans.

Les deux fausses couches, éloignées l'une de l'autre de deux ans et demi, ont eu lieu après son deuxième accouchement. A la même époque, les pertes blanches redoublent d'abondance, mais, cette fois-ci, pour disparaître jusqu'au moment de sa maladie actuelle.

Les accouchements, un peu difficiles, n'ont jamais eu de suites anormales. Au bout de huit jours, la malade se levait pour travailler. Les deux fausses couches furent marquées par une perte de sang assez abondante, mais sans autre phénomène abdominal, la malade s'étant bien trouvée après trois jours de repos au lit.

A l'âge de 31 ans, un an après ce passé génital, la malade a une congestion pulmonaire qui la retient trois mois au lit. Crachements de sang.

Il y a quinze jours, la malade, à la suite de fatigue et de refroidissement, la malade est prise brusquement, au milieu de son travail, de vives douleurs dans les reins et le bas ventre, du côté gauche. Elle est forcée d'interrompre son travail et se couche avec des frissons, de la fièvre (37°), et des vomissements verdâtres (3 fois).

A la suite de ces phénomènes abdominaux, les règles ont subi cinq jours de retard. Elles ont été marquées par une exagération des douleurs abdominales. Le sang était noirâtre et fétide. Deux jours après, même écoulement. Cet état a continué jusqu'au samedi 24 octobre avec des pertes rouges et des douleurs moins prononcées. Dans la nuit du 24,

troisième hémorrhagie vaginale et rectale. Douleurs, fièvres, vomissements.

A l'examen, on trouve un utérus un peu mobile. En avant une masse arrondie, dure, s'étendant de la face antérieure de l'utérus au pubis, et, du côté gauche, remontant dans la fosse iliaque et dépassant la symphyse de cinq travers de doigts.

Le toucher rectal indique une muqueuse partout mobile, sauf à la partie supérieure où il y a des adhérences et où probablement, il s'est fait une ouverture qui donne passage au sang dans le rectum.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée. On donne l'éther. On pratique la division circulaire du col. On abaisse et on ouvre, d'abord, le cul de sac postérieur, ensuite, le cul de sac antérieur.

On fait l'hémisection antérieure de l'utérus, on abaisse et on place les pinces à forte pression sur les ligaments larges.

Le soir, la malade est dans un excellent état. Température normale.

Les pinces sont enlevées le 2<sup>e</sup> jour. La température continue à osciller autour de 37°.

La malade sort guérie 30 jours après l'opération.

---

## CONCLUSIONS

Le traitement des suppurations pelviennes aiguës doit être le même que celui des suppurations pelviennes chroniques.

La temporisation est une faute et expose à de graves dangers.

L'incision du cul de sac postérieur est presque toujours insuffisante.

La méthode de choix pour le traitement des suppurations pelviennes aiguës est l'*hystérectomie vaginale*; elle seule, par le vaste drainage qu'elle produit, est capable de donner au pus un écoulement suffisant et d'amener une rapide guérison des foyers.

Il n'existe pour ainsi dire pas de contre-indications à l'hystérectomie vaginale en cas de suppurations pelviennes aiguës. En tout cas, la *fièvre* ne doit pas arrêter le chirurgien.

---

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                                    | 9  |
| DIVISION DU SUJET . . . . .                                                               | 9  |
| Définition des suppurations pelviennes aiguës                                             | 10 |
| Historique du Traitement . . . . .                                                        | 13 |
| L'expectation, ses dangers . . . . .                                                      | 14 |
| La ponction . . . . .                                                                     | 16 |
| L'incision du cul-de-sac postérieur. Ses avantages, ses inconvénients, Observations . . . | 17 |
| L'Hysterectomie vaginale . . . . .                                                        | 21 |
| Ses avantages . . . . .                                                                   | 22 |
| Ses contre-indications . . . . .                                                          | 24 |
| Manuel opératoire . . . . .                                                               | 25 |
| Observations . . . . .                                                                    | 29 |
| Conclusions . . . . .                                                                     | 61 |





